Psychotherapie und der Placebo-Effekt

Von Oswald Klingler

Zusammenfassung:

Es erfolgt eine Diskussion der Übertragbarkeit des Placebo-Konzeptes auf die Psychotherapie-Forschung. Der Autor plädiert für eine Psychotherapie-Kontrolle mit unabhängiger Variation von Therapie- und Erwartungskomponenten.

Vorbemerkung

Psychotherapie stellt für mich einen Prozeß sozialer Beeinflussung dar, in dessen Verlauf ein Psychotherapeut unerwünschtes „krankhaftes" Verhalten in Richtung auf erwünschtes „gesundes" Verhalten dauerhaft verändert (Verhalten wird dabei in einem sehr weiten Sinne verstanden und umfaßt nicht nur den motorischen und vegetativen Bereich, sondern auch Einstellungen und Emotionen). Welches Verhalten nun als unerwünscht oder „krankhaft" zu gelten hat, ist konstitutierendes Merkmal verschiedener Therapieklassen. „Krankheit" und „Gesundheit" sind wie „Therapie" Begriffe, die an spezifische Theorien gebunden sind: Was im verhaltenstherapeutischen Kontext Therapie ist, stellt im psychoanalytischen Kontext oft nur eine Prozedur am Symptom dar.

1. Die Forderung nach Placebo-Kontrollen

Die sich in der Medizin durchsetzende Erkenntnis, daß auch somatisch orientierte Behandlungen durch psychische Faktoren mitbeeinflußt werden, hatte zur Folge, daß seit Mitte des Jahrhunderts Therapie-Evaluation zunehmend durch Vergleiche mit Placebo-Gruppen erfolgte. Manche ineffiziente oder gar schädliche Methode konnte dadurch eliminiert werden – beispielsweise in der Behandlung der Angina pectoris (Benson & McCallie, 1979). Die Plausibilität und der Erfolg des Placebo-Konzeptes machten seine Übertragung auch auf die Psychotherapie-Forschung naheliegend. Schon 1956 wurden von Rosenthal und Frank Vergleiche zwischen psychotherapeutischen Verfahren und Placebo-Kontrollen gefordert. Als „Placebo-Psychotherapie" hätte dabei eine psychologische Behandlung zu gelten, von der die Patienten Hilfe erwarten, die nach der überprüften Theorie aber wirkungslos sei (S. 299–300).

2. Theoretische Probleme

Im psychotherapeutischen Bereich ist die Unterscheidung zwischen pharmakologisch aktivem Verum und pharmakologisch inaktivem Placebo nicht mehr brauchbar. Psychotherapie und Placebo sind gleichermaßen pharmakologisch inaktiv und entfalten ihre

Wirkung über die vermittelte Information. Suedfeld (1984) argumentiert nun, daß die Übertragung des Placebo-Konzeptes auf die Psychotherapie-Forschung erfordere, psychotherapeutische Verfahren mit wirkungslosen anderen Interventionen zu vergleichen. Völlig wirkungslose psychologische Interventionen wären aber nirgends zu finden.

Tatsächlich wäre es müßig, den Effekt einer Bedingung ohne Effekt zu kontrollieren. Solches wurde auch nie gefordert. Daß es in der pharmakotherapeutischen Forschung sinnvoll ist, pharmakologisch inaktive Placebos zu verwenden, bedeutet nicht, daß es in der Psychotherapie-Forschung nützlich wäre, nach psychologisch inaktiven Verfahren zu suchen.

Shapiro und Morries (1978) definierten „Placebo“ als eine Behandlung, der im Gegensatz zur untersuchten Therapie keine spezifische Wirksamkeit („specific activity“) zukommt. Von Kirsch (1978) wurde dagegen vorgebracht, daß sehr wohl spezifische Bedingungen des Placebo-Effektes bekannt sind. Er nennt eine Untersuchung von Kirsch und Henry (1977), in der sich der spezifische Faktor „rationale credibility“ als verantwortlich für 36,5 % der wahrgenommenen Hilfe durch Psychotherapie erwiesen hatte. Für Therapie-Studien würden außerdem ganz bewußt spezifische Placebo-Bedingungen geschaffen, die auf eine spezifische (Ziel-)Symptomatik ausgerichtet sind, und bei denen nicht von einer „unspezifischen“ Wirkung gesprochen werden könne.

Es wird deutlich, daß die Begriffe „spezifische Wirksamkeit“ und „Placebo-Effekt“ relativ aufgefaßt werden müssen, nämlich als stets bezogen auf Hypothesen, die einen Vergleich konkreter Bedingungen beinhalten. Als spezifischer Effekt hätte dann der Effekt jener Komponenten zu gelten, durch die sich die Bedingungen unterscheiden. Als Placebo-Effekt hingegen bliebe der Effekt jener Komponenten, die den verglichenen Bedingungen gemeinsam sind, und denen nach der untersuchten Hypothese keine Wirksamkeit zukommt. Genau damit steht man aber wieder bei jenem Konzept, das in seinen Grundzügen schon von Rosenthal und Frank (1956) entworfen wurde.

3. Ethische Probleme

Ethisch begründete Einwände gegen Placebo-Kontrollen in der Therapieforschung betreffen vor allem die Täuschung der Vpn/Klienten und die Vorenthaltung der bestmöglichen Therapie (O'Leary & Borkovec, 1978; Müller-Oerlinghausen, 1983). Diese Einwände sind ernst zu nehmen. Nichts kann den Therapeuten wie den Wissenschafter der Aufgabe entheben, gewissenhaft Nutzen oder Schaden seiner Tätigkeit abzuwägen. Aber gerade auch aus dieser Aufgabenstellung heraus muß üer für eine kontrollierte Psychotherapie-Evaluation eingetreten werden:

Wohl nichts widerspräche dem Berufsethos des Therapeuten mehr, als einen hilfesuchenden Patienten zu täuschen und ihm die bestmögliche Therapie vorzuenthalten. Für den Patienten wäre es allerdings letztlich gleichgültig, ob ein Therapeut nur ihn oder auch sich selbst täuscht. Die Überzeugung des Therapeuten ist wahrscheinlich eine notwendige, bestimmt aber keine hinreichende Voraussetzung für Therapie. Viele Therapien wurden und werden mit großem Enthusiasmus durchgeführt und aufgenommen und haben sich doch als fragwürdig herausgestellt.

35 % – 45 % der pharmakotherapeutischen Verschreibungen werden als (pharmakologisch) wirkungslos eingestuft (Piechowiak, 1981) und ca. 60 % als „wenig zweckmäßig“ oder „abzuraten“ (Langbein, Martin, Sichrowsky & Weiss, 1983). Solche globale Schätzungen wären für den psychotherapeutischen Bereich wahrscheinlich nicht sinnvoll. Aber auch hier ließe sich mit Müller-Oerlinghausen (1983, S. 81) die provokante Frage

stellen, ob wir überhaupt wissen wollen, wie häufig Placebos in der praktischen Therapie verwendet werden. Eine Befragung von Psychotherapeuten und Ärzten (Shapiro & Struening, 1974) ergab, daß diese Placebos und unspezifische Therapie bevorzugt der Praxis der Kollegen zuschreiben. Daß solche Täuschungen im Sinne der Patienten sind, darf angezweifelt werden.

4.Methodische Probleme

Rosenthal und Frank (1956) forderten Vergleiche mit einer Bedingung, die nach der untersuchten Hypothese wirkunslos ist, bei den Klienten aber die gleichen Hilfserwartungen auslöst. Unterscheidet sich eine solche Placebo-Bedingung von der untersuchten Therapie aber durch mehrere Komponenten (z.B. ein „Aufmerksamkeits-Placebo" und Psychoanalyse), so kann es zu beträchtlichen Interpretationsschwierigkeiten kommen. Die einzelnen Therapiekomponenten können positive, negative oder gar keine Wirksamkeit aufweisen, und es kann nicht abgeschätzt werden, in welcher Weise sie additiv oder multiplikativ für ein Ergebnis verantwortlich sind. Gerade das wäre aber für eine Weiterentwicklung von Psychotherapie wünschenswert.

In diesem Sinne wären Vergleiche zu fordern, bei denen sich Therapie- und Placebo-Bedingung um lediglich eine Komponente unterscheiden. Dann kann aber noch immer nicht entschieden werden, ob festgestellte Unterschiede auf das Vorhandensein der untersuchten Komponente unter der einen oder das Fehlen dieser Komponente unter der anderen Bedingung zurückzuführen ist. Daß auch dieser Frage Relevanz zukommt, machen die Untersuchungen zum „negativen" Placebo-Effekt deutlich, die eine Verschlechterung der Symptomatik unter der Placebo-Bedingung gegenüber der Leerbedingung zeigten. In Analogie zu pharmakotherapeutischen Versuchsplänen (Modell & Garrett, 1960; Klebelsberg, 1974) scheinen so auch in der Psychotherapie-Evaluation drei Vergleichsbedingungen erforderlich, etwa eine „Therapie-", eine „Placebo-" und eine Leerbedingung.

Beträchtliche Schwierigkeiten verbleiben allerdings hinsichtlich der Herstellung gleicher Erwartungen unter der Therapie- und der Placebo-Bedingung. Dies scheint relativ einfach bei doppelblinder Präparat-Verabreichung in der pharmakologischen Forschung, wird in der Psychotherapiebewertung jedoch zum Problem. Hier sind unterschiedliche Behandlungen für Klient und Therapeut schon rein äußerlich erkennbar und ein Doppelblindverfahren wohl kaum zu realisieren. Suedfeld (1984, S. 161) weist darauf hin, daß Annahmen über die Vergleichbarkeit der Erwartungen unter den experimentellen Bedingungen stets auf Annahme der Nullhypothese hinauslaufen – ein Vorgehen, das methodisch tatsächlich sehr fragwürdig ist.

Daß ein Kontamination von Bedingungskomponenten mit Erwartungen von Therapeut und Klient so schwer ausgeschlossen werden kann, macht die Berücksichtigung von Erwartungen auf unabhängigen und auf abhängigen Variablen notwendig. Einerseits sollten Erwartungen über Instruktionen systematisch variiert werden, wie etwa in der Arbeit von Oliveau, Agras, Leitenberg, Moore und Wright (1969), andererseits aber sollte auch laufend eine Prüfung von Erwartungen als Kontrollvariable erfolgen (Baumann, 1986).

5. Schlußfolgerungen

Die Forderung nach einer Übertragung des Placebo-Konzeptes auf die Psychotherapie-Forschung muß angesichts der vorliegenden Ergebnisse (z.B. Frank, 1985) in ihrer Grundintention anerkannt werden. Theoretische, ethische und methodische Probleme müssen

jedoch zu einer Modifikation und Verfeinerung des ursprünglichen Konzeptes führen, das solcherart zu einem Konzept des Komponentenvergleichs wird. Ethische und methodische Erfordernisse sollten dabei keine unüberbrückbaren Gegensätze darstellen: Es wäre durchaus zielführend, interessierende Therapie-Komponenten über einer „Basis-Therapie“ zu variieren, die unter allen Bedingungen durchgeführt wird. Für die Interpretierbarkeit festgestellter Differenzen wäre dabei wünschenswert, daß zumindest drei Bedingungen verglichen werden, die sich untereinander aber durch möglichst wenig Komponenten unterscheiden.

Zusätzlich scheint aber auch notwendig, daß Erwartungen nicht nur systematisch variiert, sondern auch als Kontrollvariable geprüft werden. Als ideal zeichnet sich so ein Design ab, wie es schon 1969 von Oliveau et al. vorgezeichnet, seither aber leider nur selten realisiert wurde:
In einem 2 x 2-faktoriellen Design wurde der Einfluß von Instruktion und Verstärkung auf ein Verfahren der systematischen Desensibilisierung untersucht. Der Faktor „Instruktion“ wurde variiert, indem eine Hälfte der Vpn auf die therapeutische Nützlichkeit des Verfahrens hingewiesen wurde, die andere Hälfte hingegen nicht. Der Faktor „Verstärkung“ wurde eingeführt, indem jeweils eine Hälfte der beiden Gruppen für Fortschritte gelobt wurde.

Die Ergebnisse von Oliveau et al. unterstrichen nachdrücklich den Einfluß von Erwartungen/Instruktionen. In dieser Untersuchung hatten die therapeutischen Instruktionen einen signifikanten (p kleiner als 0,025) positiven Effekt auf die Desensibilisierung starker Angst vor Schlangen. Die Verstärkung der Annäherungsschritte durch Lob war demgegenüber nur von geringem Einfluß (p zwischen 0,10 und 0,25). Daß in der Folge Untersuchungen über die Effekte von Instruktionen und Erwartungen zum Teil uneinheitliche Ergebnisse zeigten (z.B. McGlynn, 1971), sollte die Notwendigkeit, diese in Versuchsplanung und -dokumentation zu berücksichtigen, nur unterstreichen.

Literatur

Baumann, U. (1986). Zum Placebo-Konzept in der Psychotherapie. In H. Hippius, K. Überla, G. Laakmann & J. Hasford (Hrsg.), *Das Placebo-Problem* (S. 97–105). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Benson, H. & McCallie, D.P. (1979). Angina pectoris and the placebo effect. *New England Journal of Medicine, 300,* 1424–1429.

Frank, J.D. (1985). *Die Heiler. Über psychotherapeutische Wirkungsweisen vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien.* München: dtv/Klett-Cotta.

Kirsch, I. (1978). The placebo effect and the cognitive-behavioral revolution. *Cognitive Therapy and Research, 2,* 255–264.

Kirsch, I. & Henry, D. (1977). Extinction versus credibility in the desensitication of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 1052–1059.

Klebelsberg, D. (1974). Zur Psychologie des Placebo-Effekts. *Psychologische Beiträge, 16,* 168–187.

Langbein, K., Martin, H.P., Sichrowsky, P. & Weiss, H. (1983). *Bittere Pillen.* Köln: Kiepenheuer & Witsch.

McGlynn, F.D. (1971). Experimental desensitization following three types of instructions. *Behavior Research and Therapy, 9,* 367–369.

Modell, W. & Garrett, M. (1960). Interactions between pharmacodynamic and placebo effects in drug evaluations in man. *Nature, 185,* 538–539.

Müller-Oerlinghausen, B. (1983). Das Placebo-Problem. *Münchner Medizinische Wochenschrift, 125,* 80–84.

O'Leary, K.D. & Borkovec, T.D. (1978). Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist, September,* 821–830.

Oliveau, D.C., Agras, W.S., Leitenberg, H., Moore, R.C. & Wright, D.L. (1969). Systematic desensitization, therapeutically oriented instructions and selective positive reinforcement. *Behavior Research and Therapy, 7,* 27–33.

Piechowiak, H. (1981). Die namenlose Pille. *Schweizer Medizinische Wochenschrift, 111,* 1222–1231.

Rosenthal, D. & Frank, J.D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin, 53,* 294–302.

Shapiro, A.K. & Morris, L.A. (1978). The placebo effect in medical and psychological therapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed., S. 369–410). New York: Wiley.

Shapiro, A.K. & Struening, E.A. (1974). A comparison of the attitudes of a sample of physicians about the effectiveness of their treatment and the treatment of other physicians. *Journal of Psychiatric Research, 10,* 217–229.

Suedfeld, P. (1984). The subtractive expectancy placebo procedure: A measure of nonspecific factors in behavioral interventions. *Behavior Research and Therapy, 22,* 159–164.

Autor:

Dr. Oswald Klingler, Rofangarten 93, 6212 Maurach am Achensee.